



Antrag auf Zulassung

**zur theoretischen und praktischen Fortbildung gemäß § 3 der
Verbandsprüfungsordnung (VPO) zum Erwerb der Fachkunde
Stoßwellentherapie (DIGEST)**

- BITTE mit DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen und zum Kurs mitbringen-

Antragsteller*in:

Titel, Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift.(privat)

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

FAX: _____

E-Mail: _____

Anschrift (Praxis):

Praxis/Klinik: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

Bundesland, PLZ, _____

Ort: Telefon Praxis: _____

FAX Praxis: _____

E-Mail Praxis: _____

Webseite-Praxis: _____

Nachweis über die vorherige Fortbildung gemäß § 3:

Ich bin

- nach der Weiterbildungsverordnung einer deutschen Landesärztekammer berechtigt, die Bezeichnung „Facharzt für Orthopädie/und oder Unfallchirurgie“ oder „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
- Aufgrund vergleichbarer Qualifikationen wie Fachärzte im obigen Sinne für Die Fortbildung besonders geeignet (§ 3 Abs. 2 VPO).

Obligatorisch beizufügen sind:

- Kopie der Facharzturkunde
- Begründung/Unterlagen über die besondere Eignung.

Praktische Fortbildung gemäß § 4:

- Während der Weiterbildung zur Fachkunde ist es erforderlich, bis zum letzten Fortbildungsmodul mindestens 100 eigene Behandlungsfälle auf dem Gebiet der Stoßwellentherapie (§ 4 Abs. 2 VPO) vorzuweisen.
Diese sollten als anonymisierte Epikrisen bei der Geschäftsstelle der DIGEST Eingereicht werden.

Verbandsprüfungsordnung/Satzung/Gebühren

- a) Hiermit erkenne ich die Satzung der DIGEST und die Verbandsprüfungsordnung zur Erlangung der Fachkunde an.
- b) Für den Erwerb der Fachkunde „Stoßwellentherapie“ (DIGEST) Ist eine Teilnahmegebühr in Höhe von € 380,00 pro Modul (€ 340,00 für Mitglieder) zu entrichten (**Einzugsermächtigung** siehe Seite 3).

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach Art. 13 DSGVO: (s. Anhang Datenschutzbestimmungen):

Ich willige ein, dass die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extracorporale Stoßwellentherapie - DIGEST e.V. - oben angeführte Angaben zu meiner Praxis sowie ggf. ein von mir geliefertes persönliches Foto zum Zweck der Publizierung als "Zertifizierter Behandler" / "Mitglied mit voller Fachkunde" auf ihrer Webseite www.digest-ev.de veröffentlicht. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Veröffentlichung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:
Geschäftsstelle DIGEST e.V., Mommsenstr. 17, 10629 Berlin

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis: Bei der Bezeichnung „Stoßwellentherapie (DIGEST)“ handelt es sich nicht um eine nach den Berufsordnungen grundsätzlich führungsfähige Bezeichnung für Ärzte, sondern um eine nach dem entsprechenden ärztlichen Berufsrecht einzuordnende Bezeichnung (z.B. nach der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte als „Tätigkeitsschwerpunkt“ bzw. nach den Berufsordnungen der Landesärztekammer

Beitrittserklärung

- Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der Deutschsprachigen Internationalen Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie e.V. DIGEST (jährlicher Mitgliedsbeitrag z.Zt. € 130,00)
Hinweis: Mit dem Erwerb der Fachkunde „Stoßwellentherapie (DIGEST)“ sind Sie nicht automatisch Mitglied der DIGEST.
Wir würden uns sehr freuen, Sie als neues Mitglied begrüßen zu dürfen.

- Bin bereits Mitglied

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die „DIGEST e.V.“ – Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie – zum Einzug der einmaligen Aufnahmegebühr in Höhe von € 100,00 sowie den von der Mitgliederversammlung beschlossenen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von z.Zt. € 130,00 von meinem hier angegebenen Konto abzubuchen. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

Bankverbindung

Konto-Nr. / IBAN

Bankleitzahl / BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber, falls abweichend vom Zahlungspflichtigen

Ort, Datum

Unterschrift des Zeichnungsberechtigten

Datenschutzbestimmungen nach Art. 13 der Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

Ich willige ein, dass die oben genannte Gesellschaft als verantwortliche Stelle, die in dem Antrag auf Mitgliedschaft erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, Beruf, Fachbereich und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Gesellschaftsinformationen durch die Gesellschaft verarbeitet und genutzt werden. Eine Datenübermittlung an Dritte außerhalb der Gesellschaft findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes/Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie – DIGEST e.V. nachfolgend aufgeführte Angaben zu meiner Praxis sowie ggfs. ein von mir geliefertes persönliches Foto zum Zweck der Publizierung als "zertifizierter Behandler" / "Mitglied mit voller Fachkunde" auf ihrer Webseite www.digest-ev.de veröffentlicht. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Die Erhebung, Verarbeitung und Veröffentlichung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: Geschäftsstelle DIGEST e.V., Mommsenstr. 17, 10629 Berlin

Zur Kenntnis genommen:

Datum	Name in Druckschrift	Unterschrift
-------	----------------------	--------------